



R O I O O 1

**Autorización del Paciente
para la Divulgación de Información Médica
(Patient Authorization for Disclosure of
Health Information)**



(1) Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Apellido anterior/de soltera: _____

Autorizo al siguiente afiliado de Nebraska Methodist Health System (NMHS) a divulgar u obtener registros médicos: Methodist Physicians Clinic
 Methodist Hospital Methodist Women's Hospital Methodist Jennie Edmundson Hospital Methodist Fremont Health

(2) LA INFORMACIÓN SE DIVULGARÁ A:
INDICAR CADA CLÍNICA O PROVEEDOR ESPECÍFICO

ORGANIZACIÓN, MÉDICO O NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO _____ FAX _____

(3) INFORMACIÓN A OBTENER DE:
LA SOLICITUD DEBERÁ INCLUIR LA DIRECCIÓN COMPLETA

ORGANIZACIÓN, MÉDICO O NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO _____ FAX _____

(4) Formato de la divulgación: CD Correo electrónico Papel

(5) Método de entrega para registros médicos: Correo electrónico encriptado Fax Correo postal Recoger personalmente Portal del paciente

(6) Intervalo de fechas en que la información se divulgará y obtendrá: Desde _____ (fecha) hasta _____ (fecha).

(7) Solicito que la siguiente información se divulgue u obtenga:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen (resumen del alta, antecedentes y reconocimiento físico, informes quirúrgicos, consultas y resultados de pruebas). | <input type="checkbox"/> Registros médicos del Departamento de Emergencias | <input type="checkbox"/> Informe(s) quirúrgico(s) |
| <input type="checkbox"/> Diagnósticos | <input type="checkbox"/> Salud del empleado | <input type="checkbox"/> Terapia física/Terapia ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Antecedentes médicos y reconocimiento físico | <input type="checkbox"/> Radiología: <input type="checkbox"/> Informes <input type="checkbox"/> Imágenes |
| <input type="checkbox"/> Registros del consultorio médico/clínica: Dr. _____ | <input type="checkbox"/> Atención médica a domicilio y cuidados paliativos | <input type="checkbox"/> Registros sobre trastornos por uso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Dunklau Gardens Nursing Home | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio/patología | <input type="checkbox"/> Toda la información sobre trastornos por uso de sustancias |
| | <input type="checkbox"/> Registros médicos sobre salud mental y conductual (sin incluir apuntes de psicoterapia) | <input type="checkbox"/> Solo parte de la información sobre mi trastorno por uso de sustancias: (especificar): _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Todo el registro (incluidos registros sobre trastornos por uso de sustancias) |

Solo para empleados: Acceso a todos los registros médicos de NMHS por parte del familiar empleado identificado arriba

(8) El propósito de esta divulgación u obtención de información es:

- | | | |
|--|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> Continuación/Traslado/Derivación para atención médica o tratamiento | <input type="checkbox"/> Legal | Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro médico/Facturación | <input type="checkbox"/> Solicitud del paciente, padres u otro representante autorizado | |

(9) Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:

- Las solicitudes de copias de los registros médicos están sujetas a tarifas por concepto de reproducción de acuerdo con los reglamentos federales y estatales.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando el afiliado de NMHS ya haya actuado al amparo de mi autorización. La revocación deberá hacerse por escrito ante el departamento de gestión de información médica de la entidad divulgante. La dirección se puede encontrar en la página 2 (al dorso) de este formulario.
- A menos que se revoque de otra manera, esta autorización vencerá al cabo de un (1) año desde la fecha abajo indicada o en la siguiente fecha/circunstancia/afección: _____
- El tratamiento, el pago, la inscripción o los beneficios de elegibilidad no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización.
- Que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y que la información puede no estar protegida por normas federales de confidencialidad.
- La información divulgada puede contener información sobre abuso de alcohol o drogas, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, VIH, genética o servicios particulares.

Prohibición sobre la nueva divulgación de registros sobre trastornos por uso de sustancias: Los registros sobre trastornos por uso de sustancias están protegidos por la ley federal. La Parte 2 del Título 42 del CFR prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros. La Parte 2 del Título 49 del CFR prohíbe que NMHS haga cualquier divulgación posterior de de información incluida en su registro que identifique a un paciente que padece o padeció un trastorno por uso de sustancias sin autorización por escrito específica del paciente o del representante del paciente, o según la ley lo permita de otro modo.

Patient or Authorized Representative Signature
Firma del paciente o representante autorizado

Printed Name / Nombre en letra de imprenta

Date / Fecha

Relationship to Patient (if applicable) / Relación con el paciente (si corresponde)

Información de contacto:

Methodist Physicians Clinic Release of Information
10060 Regency Cir.
Omaha, NE 68114
Tel.: 402-354-1494
Fax: 402-354-1350
roi@nmhs.org
Horario de atención: lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Methodist Jennie Edmundson
933 E. Pierce St. Council Bluffs, IA
Tel.: 402-354-1460
Fax: 402-815-9163
nmhs.hospitalroi@nmhs.org
Horario de atención: lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m.

Nebraska Methodist Hospital
Health Information Management
8303 Dodge St.
Omaha, NE 68114
Tel.: 402-354-1460
Fax: 402-815-9163
nmhs.hospitalroi@nmhs.org
Horario de atención: lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Methodist Fremont Health
Health Information Management
450 E 23rd St
Fremont, NE 68025
Tel.: 402-727-3434
Fax: 402-727-3514
Horario de atención: lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.

Methodist Women's Hospital
Health Information Management
707 N. 190th Plaza
Omaha, NE 68022
Tel.: 402-354-1460
Fax: 402-815-9163
nmhs.hospitalroi@nmhs.org
Horario de atención: lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.

For Office Use Only:	<input type="checkbox"/> HIM to complete
Date Received: _____	Location: _____
MRN: _____	Pg. Count: _____
FIN#: _____	Released By: _____
Printed By: _____	Released Date: _____
ID: _____	